



FAX : 03-5963-8132

実務者研修受講申込書

フリガナ		性別	生年月日
(甲)氏名	印	男・女	昭和・平成年月日生
勤務先名		勤務先 電話番号	()
自宅住所	〒 -		
TEL	()	FAX	()

※ 2月生・3月生は教育訓練給付金の適用がありません。

平成31年()月生の実務者研修を申込みます	
□には該当する資格に☑を入れてください	
取得資格名	<input type="checkbox"/> 無資格・ヘルパー3級修了者
	<input type="checkbox"/> ヘルパー2級修了者
	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了者
	<input type="checkbox"/> ヘルパー1級修了者
	<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修修了者
<input type="checkbox"/> ペア割引()様 ・ <input type="checkbox"/> 紹介者(平成 年 月生)様	
お支払い方法☑ <input type="checkbox"/> お振り込み(一括) ・ <input type="checkbox"/> お振り込み(2分割・3分割)	

※ お持ちの資格修了証のコピーを添付してください(無資格者は不要)

【銀行振込先】東京シティ信用金庫 志村支店 普通 0281286
株式会社くるみ福祉会 代表取締役 佐藤 司